

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce

Kristýna Rissová

Výzkum efektu psychoterapie

Research into the effect of psychotherapy

Děkuji prof. PhDr. Jiřímu Šípkovi, CSc., Ph.D. za podněty k bakalářské práci a podporu, když jsem se ocitla při psaní v úzkých. Děkuji spolužáku Bc. Šimonu Kucharskému za ochotné zodpovídání metodologicko-statistických dotazů. Největší dík ale patří mým rodičům Majce a Pavlovi Rissovým, kteří mě podporují po celou dobu mých studií, bratrovi Štěpánovi, jež je připraven mi pomoci s jakýmkoli technickým problémem.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 24. 7. 2016

.....

Kristýna Rissová

Abstrakt

Bakalářská práce obsahuje literárně přehledovou část a návrh výzkumu. Literárně přehledová část se nejprve zabývá definicí a základním dělením psychoterapie. Těžiště práce spočívá ve druhé kapitole, která obsahuje poznatky o způsobech měření a hodnocení efektu psychoterapie a také výsledky dosavadního bádání v této oblasti. Návrh výzkumu se týká měření efektu sedmitýdenního pobytu v Denním sanatoriu Horní Palata, jehož hlavní součástí je psychodynamická skupinová psychoterapie. Výzkumná data jsou získávána ze tří dotazníků: Symptom Check-List-90-R, Minnesota Multiphasic Personal Inventory 2 a Dotazníku životní spokojenosti.

Klíčová slova

výzkum psychoterapie, efekt psychoterapie, statisticky významná změna, míra efektu, klinicky významná změna

Abstract

The Bachelor thesis contains a literary summary and research proposal. The literary summary firstly deals with the definition and basic division of psychotherapy. The focus of the thesis lies in the second chapter which contains knowledge of the methods of measuring and assessment of the effect of psychotherapy, and also the results of existing research in this field. The research proposal concerns the measurement of the effect of a seven-week stay at the Horní Palata Day Sanatorium whose main part consists of psychodynamic group psychotherapy. The research data are obtained from three questionnaires: Symptom Check-List-90-R, Minnesota Multiphasic Personal Inventory 2 and Life Satisfaction Questionnaire.

Keywords

psychotherapy research, effect of psychotherapy, statistically significant change, rate of effect, clinically significant change

Obsah

Úvod.....	8
1. Psychoterapie	10
1.1 Co je psychoterapie?	10
1.2 Dělení psychoterapie	10
1.3 Nejvýznamnější psychoterapeutické směry.....	11
1.4 Mechanismy terapeutické změny	12
1.5 Výzkum psychoterapie	13
2. Výzkum efektu psychoterapie	14
2.1 Historie výzkumu efektu psychoterapie	14
2.2 Způsoby hodnocení efektu psychoterapie	16
2.2.1 Statisticky významná změna	16
2.2.2 Míra efektu	17
2.2.3 Klinicky významná změna	17
2.2.4 Dvoustupňové hodnocení terapeutické změny.....	19
2.3 Zdroje a nástroje měření efektu psychoterapie	20
2.3.1 Klient	20
2.3.2 Terapeut	21
2.3.3 Expertní pozorovatel.....	21
2.3.4 Signifikanční druzí	21
2.3.5 Behaviorální a fyziologické a další objektivní zdroje	21
2.4 Vztah zdroje a nástroje měření s mírou efektu	22
2.5 Doporučení pro výzkum efektu psychoterapie	22
2.6 Výzkumné plány	23
2.6.1 Znáhodňované klinické zkoušky	24
2.6.2 Alternativy znáhodňovaných klinických zkoušek.....	24

2.7 Metaanalýzy a přehledové studie	26
2.7.1 Metaanalýza	26
2.7.2 Přehledové studie.....	27
2.8 Výzkum efektu psychoterapie a terapeutická praxe.....	27
2.9 Výsledky výzkumů efektu psychoterapie	28
2.10 Vztah vybraných proměnných a efektu psychoterapie.....	29
2.10.1 Vztah psychoterapeutického směru a efektu psychoterapie	29
2.10.2 Vztah charakteristik terapeuta a efektu psychoterapie	32
2.10.3 Vztah charakteristik pacienta a efektu psychoterapie.....	33
2.10.4 Vztah počtu sezení a efektu psychoterapie	33
3. Návrh výzkumu.....	35
3.1 Cíl výzkumu.....	35
3.2 Výzkumný plán	36
3.3 Výzkumný soubor	36
3.4 Sledované proměnné a nástroje jejich měření	36
3.4.1 Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R)	38
3.4.2 Minnesota Multiphasic Personal Inventory 2 (MMPI-2)	39
3.4.3 Dotazník životní spokojenosti (DŽS)	39
3.5 Analýza dat	40
3.5.1 Analýza sledovaných proměnných z karty klienta.....	40
3.5.2 Analýza sledovaných proměnných z dotazníků	40
3.5.3 Analýza vlivů na změnu	42
3.6 Limity výzkumu	42
Závěr	45
Seznam použité literatury.....	46

Úvod

Je psychoterapie účinná? Tuto otázku si kladou rozličné skupiny lidí z různých důvodů. Odpověď zajímá studenty psychologie a čerstvě promované psychology, kteří se rozhodují jaký psychoterapeutický výcvik zvolit. Terapeuti v praxi si otázku kladou také, neboť chtějí svým pacientům poskytovat nejlepší možnou léčbu. I samotní pacienti, kteří čím dál tím častěji spolurozhodují o léčebném postupu, požadují informace o účinnosti psychoterapie. V neposlední řadě se zajímají i zdravotní pojišťovny, v jejímž zájmu je hradit pacientům pouze tu nejefektivnější léčbu. Ověřování účinnosti psychoterapie je nezbytné i z etických důvodů, neboť je nepřijatelné provádět s pacientem techniky, jejichž účinek není ověřen.

Lilienfeld a kol. (2014) poukazují na důležitost výzkumu efektu psychoterapie. Přínos výzkumu demonstrují na terapiích, které byly považovány za účinné a až systematické studie odhalily jejich negativní účinky. Příkladem škodlivých terapií je debriefing po stresové události, který paradoxně zvyšuje riziko posttraumatické stresové poruchy nebo program primární prevence „Scared straight“ pro rizikovou mládež, který antisociální chování naopak podněcuje. Avšak i „pouze“ neúčinná či nevhodně zvolená terapie pacienty poškozuje tím, že do ní investují čas a peníze (Mayou, 2000).

Odpověď na výše zmíněnou otázku nám poskytují jednak zkušenosti psychoterapeutů-praktiků a jednak četné výzkumy, které se začaly množit především po roce 1952, kdy výzkum J. H. Eysencka zpochybnil léčbu psychologickými prostředky. Od 50. let 20. století prošel výzkum efektu psychoterapie významnou proměnou. V 70. letech Smith, Glass a Miller zavedli do výzkumné metodologie metaanalýzu. V posledních letech je snaha využívat znáhodňovaných klinických zkoušek, tedy stejného výzkumného plánu, kterým jsou testovány léky. Nežádoucí proměnné jsou eliminovány použitím placeba u kontrolní skupiny a manualizovanou psychoterapií. Také pacienti si terapeuty nevybírají podle preferencí, nýbrž jsou k nim přiřazováni náhodně. Výzkum je těmito skutečnostmi ovšem odtržen od praxe. Mnozí psychoterapeuti hovoří o propasti mezi výzkumem a reálným životem a považují výsledky studií za irelevantní (Vybíral, Roubal a kol., 2010).

Tato bakalářská práce si klade za cíl seznámit čtenáře s problematikou výzkumu efektu psychoterapie a navrhnout výzkum navazující na metody uvedené v literárně přehledovou část.

Práce je rozdělena na dvě základní části: literárně přehledovou a návrh výzkumu. Literárně přehledová část se pak dělí na dvě kapitoly. V první se nejprve věnujeme definici pojmu psychoterapie a jejímu dělení. Druhá kapitola je těžištěm práce, neboť shrnuje poznatky o výzkumu efektu psychoterapie. Jednak poznatky o tom, jak se efekt psychoterapie měří a dále jaké výsledky výzkum doposud přinesl. Návrh výzkumu přímo navazuje na literárně přehledovou část. A týká se výzkumu efektu sedmitýdenního pobytu v Denním sanatoriu Horní Palata v Praze, který každoročně nabízí studentům psychologie stáže a je otevřen výzkumným aktivitám.

1. Psychoterapie

1.1 Co je psychoterapie?

Slovo psychoterapie vzniklo složením dvou řeckých slov: psyché (duše) a therapón (průvodce, služebník, opatrovník Bohů) (Vymětal, 2003). Pojem psychoterapie se používá ve dvou základních významech: psychoterapie jako vědní obor a jako léčebná činnost (Kratochvíl, 2006).

Psychoterapie jako vědní obor má speciální a obecnou část. Obecná část obsahuje teoretické systémy, teorii osobnosti, vysvětlení příčin a rozvoj duševních onemocnění, použitelné metody a výzkum jejich efektu, nalézání účinných faktorů v terapii apod. Speciální část je zaměřená na použití teoretických základů u konkrétních psychických poruch (Kratochvíl, 2006).

Psychoterapii ve smyslu léčebné činnosti provádí kvalifikovaná osoba, která psychologickými prostředky pomáhá měnit klientovo chování, myšlení, prožívání či osobnostní charakteristiky směrem, který oba považují za žádoucí (Prochaska, Norcross, 1999). Zmíněnými psychologickými prostředky jsou jak dovednosti psychoterapeuta, tak i samotná jeho osobnost. Dovednosti psychoterapeuta se týkají vedení rozhovoru, vytváření a udržování podpůrného vztahu a používání technik. Těmito technikami jsou například práce se sny, zadávání a kontrola domácích úkolů, sugesce, podněcování emočního odreagování, přehrání situace, podněcování přehrávání situace ve fantazii, řízené vystavování pacienta nepříjemným podnětům, různé formy znázornění situace v rodině či práce s tělem (Vybíral, Roubal a kol. 2010).

1.2 Dělení psychoterapie

Autoři učebnic psychoterapie z 90. let 20. století uvádějí dělení psychoterapie podle rozličných kritérií. Těmito kritérii jsou například míra direktivnosti (direktivní vs. nedirektivní psychoterapie), délka trvání (dlouhodobá vs. krátkodobá), zaměření na časovou perspektivu (minulé vs. přítomné), zaměření na psychický proces/stav (kognice vs. emoce vs. chování), „hloubka“ psychoterapeutického působení (symptomatické vs. Kauzální) apod. (Kratochvíl, 2006). V soudobých učebnicích již toto striktní dělení nenalzáme. V dnešní době totiž dochází k většímu sbližování směrů jak po teoretické,

tak po praktické stránce. Současní psychoterapeuti mají za sebou běžně více výcviků a terapie se tak stává namíchaným koktejlem podle aktuálních potřeb klienta (Vybíral, Roubal a kol., 2010).

Stále aktuálním kritériem, podle kterého psychoterapii dělíme, je forma uspořádání. Tyto formy nabývají čtyř základních podob: (a) terapie individuální, (b) terapie skupinová, (c) léčebné společenství a (d) terapie systému (Vymětal, 2004). Nejčastěji je ale psychoterapie autory různých přehledů dělena do škol (směrů) podle teorie osobnosti a vzniku duševních poruch. Norcross a Goldfried (2005) se ptali odborníků na to, jaké hlavní školy psychoterapie rozlišují. Odborníci se shodovali v pěti směrech: (a) psychoanalyticko-psychodynamický, (b) kognitivně behaviorální, (c) humanisticko-prožitkový, (d) integrativní a (e) proud zaměřený na rodinu a jiné systémy.

1.3 Nejvýznamnější psychoterapeutické směry

Kirschenbaum a Jourdan (2005) si kladli otázku, jaká psychoterapeutická škola je v současnosti nejvýznamnější. Jako kritérium si stanovili počet knih, kapitol a článků v dostupných psychoterapeutických časopisech vydaných v letech 1987-2004. Jednotlivé psychoterapeutické směry se umístily následovně:

1. Psychoanalýza
2. Kognitivní, Behaviorální a Kognitivně-behaviorální psychoterapie
3. Rodinná terapie
4. Rogerovská psychoterapie
5. Gestalt psychoterapie
6. Racionálně-emoční terapie A. Ellise
7. Multikulturní poradenství
8. Adleriánská psychoterapie
9. Psychodynamická psychoterapie
10. Terapie realitou W. Glasera
11. Existenciální terapie V. Frankla
12. Eklektická a integrativní terapie

Nejvýznamnější ovšem neznamená nejefektivnější. Z výsledků výzkumu efektu psychoterapie posledních let vyplývá, že nic jako universální „superterapie“ neexistuje. Nicméně se ukazuje, že určité terapie jsou vhodnější pro léčbu určitých diagnóz (např. kognitivně-behaviorální terapie u úzkostných poruch) než jiné. Více o výsledcích efektu psychoterapie uvádíme v kapitole 2.9.

1.4 Mechanismy terapeutické změny

Grawe (1997) po důkladném studiu psychoterapie dospěl k závěru, že i velmi rozdílné formy terapie sdílejí čtyři základní mechanismy, prostřednictvím kterých dochází k terapeutické změně.

Osvojování schopnosti zvládat

Převážná většina pacientů přichází do terapie se zkušeností svého selhání. Neví, jak situaci zvládat jinak. Terapeut vytváří pro pacienta bezpečné prostředí, ve kterém vymýšlí a zkouší nová řešení a poskytuje mu pomoc a podporu při jejich realizaci v běžném životě. Dobrým příkladem je expozice (součást behaviorálních terapií), při níž se pacient kontrolovaně a postupně vystavuje nepříjemným situacím a učí se je tak zvládat (Blažková, 2011).

Odhalení příčin

Pojmenování příčin psychických obtíží je často velmi důležitým krokem na cestě k uzdravení. Když pacient v psychoterapii odhalí například příčinu pocitu úzkosti, může začít pracovat na její redukci či úplném odstranění. Odhalení příčin také posiluje pocit kontroly nad vlastní situací (Vybíral, Roubal a kol. 2010).

Aktualizace problému

Grawe (1997) vychází z předpokladu, že se s problémem nejlépe pracuje v okamžiku, kdy ho pacient prožívá. K znovuprožití problémové situace slouží metody jako např. psychodrama, focusing nebo interakce ve skupinové terapii.

Aktivace zdrojů

Tím, že terapeut rozvíjí a podporuje pacientovy zdroje (např. jeho silné stránky, dobře fungující vztahy a strategie zvládání problémů), přispívá taktéž ke zlepšování jeho stavu (Blažková, 2011).

1.5 Výzkum psychoterapie

Dvěma základními oblastmi, kterými se výzkumníci zabývají, jsou (a) efekt¹ psychoterapie a (b) proces psychoterapie (Timulák, 2005). Těmito tématy však není oblast výzkumu vyčerpána. Výzkumníky též zajímá profesionální růst psychoterapeutů, vliv supervize či psychoterapeutických výcviků na efekt psychoterapie (Vybíral, Roubal a kol. 2010).

Vymětal a kol. (2004) dělí výzkum psychoterapie na (a) základní a (b) aplikovaný. Základní výzkum obohacuje a rozšiřuje teoretické poznání. Příkladem tématu základního výzkumu je tělesně zakotvené prožívání. Výsledky aplikovaného výzkumu se bezprostředně týkají psychoterapeutické praxe, kde mohou být ihned použity. Možným tématem aplikovaného výzkumu je například změna sebepojetí jedince během psychoterapeutického procesu.

Grawe (1997) dělí výzkum do čtyř fází podle otázky, kterou se snaží zodpovědět. V první fázi legitimizace si výzkumníci pokládají otázku, zda je psychoterapie účinná. Pokud je účinnost psychoterapie obhájena, nastupuje druhá fáze kompetice, v níž soupeří jednotlivé psychoterapeutické školy mezi sebou. Otázka tedy zní: „*Která forma psychoterapie je lepší než ostatní?*“. Ve třetí, deskriptivní fázi, výzkumníky zajímá, jaká forma psychoterapie je vhodná pro koho. Poslední čtvrtá fáze výzkumu procesu přichází s otázkou: „*Jak psychoterapie funguje?*“.

V následující části bakalářské práce se budeme zabývat podrobně výzkumem efektu psychoterapie.

¹ V české literatuře se pojmy výsledek, efekt, účinek a účinnost používají jako synonyma. V této práci budeme používat především termín „efekt“ dle Timuláka (2005).

2. Výzkum efektu psychoterapie

2.1 Historie výzkumu efektu psychoterapie

První systematický výzkum efektu psychoanalýzy proběhl ve 30. letech 20. století v Berlíně (Aveline et al. 2005). Ve 40. letech se poprvé objevili experimentální výzkumné plány (Timul'ák, 2005).

Důležitým datem pro výzkum efektu psychoterapie je rok 1952, kdy Eysenck vydal článek s výzkumem, v němž srovnával skupinu neurotiků, kteří byli léčeni psychoterapií se skupinou, jež léčena nebyla. Eysenck došel k překvapivému závěru, že nejvíce se uzdravili ti pacienti, co psychoterapii neabsolvovali. Eysenck tím poukázal na důležitost porovnávání experimentální skupiny se skupinou kontrolní. Dalším paradoxním závěrem bylo srovnání psychoterapie analytické a eklektické: intenzivnější a delší léčba vedla k horším výsledkům než doba kratší a povrchnější (Eysenck, 1952). Výzkum vyvolal ostrou diskusi a odstartoval sérii rozsáhlých výzkumů na několika amerických institucích a universitách. Závěry výzkumu byly mnohokrát přezkoumány a zpochybněny. D. Cartwright (1955) například zpochybnil kritérium úzdravy kontrolní skupiny, kterým byl návrat do zaměstnání v době ekonomického vzestupu po hospodářské krizi. Garfield a Bergin (1978) upozornili na to, že Eysenck při výpočtu zařadil do kategorie „nezlepšených“ i ty pacienty, jejichž stav se mírně zlepšil a ty, kteří léčbu nedokončili. Eysenck však i přes veškerou kritiku na svých tehdejších názorech trval i po 40 letech ve své monografii (Eysenck, 1993).

Za další milník ve výzkumu psychoterapie se považuje použití metaanalýzy, tedy statistické metody, která souhrnně analyzuje data z několika nezávislých studií. Smith a Glass (1977) jako první porovnali 475 studií, které měřily efekt terapie. Ač byly výsledky i tohoto výzkumu často zpochybňovány (např. Eysenck, 1984), mnozí autoři považují rok 1977 za mezník, kdy byla obhájena účinnost psychoterapie (Vybíral, Roubal a kol., 2010).

V roce 1994 proběhl atypický průzkum efektu psychoterapie. Sedm tisíc odběratelů magazínu Costumer Reports vyplnilo do časopisu vložený dotazník a poslali jej zpět do redakce. Výsledky shrnul čelní americký psycholog Martin Seligman do tří bodů (cit. dle Vybíral, Roubal a kol. 2010):

- psychoterapie má na většinu lidí pozitivní vliv,
- delší psychoterapie je účinnější než kratší,
- není podstatný rozdíl v tom, zdali člověk podstoupí samotnou psychoterapii nebo kombinací terapie s medikací.

Kritici tohoto výzkumu říkají, že data sebraná tímto způsobem jsou nespolehlivá a není možné je zobecňovat. Čtenáři časopisu vytvořili reprezentativní vzorek, ve kterém by byly zastoupeny všechny diagnózy. Respondenti si navíc na terapii vzpomínali zpětně a do hry tedy vstupovala shovívavost či vliv osobního zranění.

V 90. letech 20. století také začal americký zdravotnický systém vytvářet tlak na určení těch terapií, jejichž účinnost je možné podložit výzkumem (tzv. *empirically supported therapies* - EST či také *evidence based therapies* – EBT). Důvodem tlaku bylo jak manažerské uvažování prosazující se i v rámci zdravotnictví, tak i soupeření psychoterapie s rychle se rozvíjejícími lékařskými obory, kde se zaváděné postupy prověřují klinickými zkouškami (Joyce et al., 2006).

Snaha výzkumníků najít vědecky podložené terapie nakonec nevedla k omezení počtu terapií, nýbrž především k rozšíření výzkumu psychoterapie, neboť universální „superterapii“ se nalézt nepodařilo (Hořejš, 2007). Na konci 90. let 20. století se tedy přechází k novým otázkám. Výzkumníky například zajímá, jak se vyhnout neúspěchu v terapii, či jaké složky terapie jsou universálně účinné. Výzkumníci také vytváří na základě statistických dat modely, jež odhadují budoucí vývoj pacientova stavu po jednotlivých sezeních (Vybíral, Roubal a kol., 2010).

Mezi nestory českého výzkumu efektu psychoterapie patří Stanislav Kratochvíl, zaměřující se na skupinovou psychoterapii neuróz a párovou terapii. V roce 2012 založili Jan Roubal a Zbyněk Vybíral při katedře psychologie Fakulty Sociálních Studií Masarykovy University Centrum pro výzkum psychoterapie. Do výzkumného hledáčku tohoto centra se dostávají psychoterapeutické výcviky, velmi zkušené terapeuti či psychoterapeutický proces.

Vymětal a kol. (2004) kriticky upozorňují na to, že v posledních letech výzkumů léčby psychologickými prostředky ubývá a provádějí se pouze na universitách.

2.2 Způsoby hodnocení efektu psychoterapie

Nutnou podmínkou pro měření kvalitativních proměnných je jejich převedení pomocí škál na kvantitativní. Zvýšení nebo snížení proměnných poukazuje na terapeutickou změnu. Tato změna může být vyhodnocena dvěma způsoby jako (a) statisticky významná změna a (b) klinicky významná změna. Použít můžeme jeden z těchto způsobů hodnocení nebo jejich kombinaci (Blažková, 2011).

2.2.1 Statisticky významná změna

Statisticky významná změna se ve výzkumu účinnosti zjišťuje statistickým testem, kterým testujeme nulovou hypotézu na zvolené hladině významnosti. Při výzkumech efektu se u kvantitativních proměnných používá Fischerova t-testu (Hendl, 2004). (Ne)zamítnutí nulové hypotézy nám tedy poskytuje pouze jedinou informaci a to tu, zda je nastalá změna v pacientově stavu statisticky významná či nikoli. Informace o velikosti změny či o její klinické významnosti nám chybí (Hořejš, 2007).

Index spolehlivé změny (reliable change index, RCI)

RCI je index, který nám říká, zda je změna dostatečně spolehlivá, tedy že není náhodnou chybou měření. Vzorec indexu spolehlivé změny je vyjádřen následovně (Jacobson, Traux, 1991):

$$RCI = (X_2 - X_1) / S_{diff}$$

X_1 je skóre před terapií, X_2 je skóre po terapii, S_{diff} označuje standardní chybu rozdílu mezi oběma skóre, kterou počítáme z chyby nástroje měření podle vzorce:

$$S_{diff} = \sqrt{2 (SE)^2}$$

SE označuje standardní chybu nástroje měření, kterou vypočítáváme z test-retest reliability nástroje měření a směrodatné odchylky normativních dat.

Pokud je RCI větší než 1,96, nebo menší než -1,96, můžeme s 95% jistotou tvrdit, že skóre po terapii vyjadřuje skutečnou změnu buď k lepšímu, nebo k horšímu.

2.2.2 Míra efektu

Míra efektu (*effect-size*, ES) je číselné vyjádření velikosti rozdílů naměřených hodnot mezi dvěma porovnávanými skupinami pacientů v terapii. Těmito dvěma skupinami jsou buď (a) tiž pacienti před a po terapii, (b) dvě skupiny rozdílných pacientů s terapií (experimentální skupina) a bez terapie (kontrolní skupina) nebo (c) dvě skupiny, každá s jinou terapií.

Míru efektu vypočítáme následujícím vzorcem (Garfield, Bergin, 1978):

$$ES_{e-k} = X_e - X_k / S$$

X_e je průměr výsledků experimentální skupiny a X_k průměr kontrolní skupiny. S označuje geometrický průměr směrodatných odchylek (SD) obou skupin.

Pokud bychom srovnávali skupinu před a po terapii, bude vypadat výpočet takto:

$$ES_{pre-post} = X_{pre} - X_{post} / S$$

Jednotkou ES je směrodatná odchylka kontrolní skupiny. Je-li například

$ES_{e-k} = 0,7$ znamená to, že průměr léčené skupiny je po terapii o 0,7 směrodatné odchylky lepší než u kontrolní skupiny. To znamená, že 75% léčených klientů, je na tom lépe, než kdyby terapii neabsolvovali (Blažková, 2011).

2.2.3 Klinicky významná změna

Míra efektu má ovšem své limity. V případě, kdy porovnáváme výsledky skupin s velmi malým rozptylem, můžeme vypočítat vysokou míru efektu, přestože ke klinické změně nedošlo. Pro určení klinicky významné změny musíme znát kritérium, s nímž budeme naše výsledky srovnávat (Jacobson a Traux, 1991). Oním kritériem klinické změny může být hranice, kterou udává standardizovaný dotazník (např. MMPI s danými hranicemi pro normální populaci) či hranice, které si sami stanovíme. Určením těchto hranic se budeme zabývat v následující části v rámci určení koeficientu klinické významnosti.

Koeficient klinické významnosti (clinical significance index, CSI)

Koeficient klinické významnosti nám říká, kolik lidí se posunulo z klinického pásma do pásma normální populace. Abychom jej mohli určit, je nutné stanovit hranici mezi klinickou a normální populací. Tu je možné vypočítat třemi různými způsoby:

$$\text{Hranice A} = M_{\text{clinical}} + 2SD_{\text{clinical}}.$$

Pokud se skóre pacienta dostane za hranici A, znamená to, že se jeho stav posunul nejméně o dvě směrodatné odchylky od průměru klinické skupiny a zároveň změna překračuje standardní chybu měření. Klinickou populací myslíme skupinu, již jsme měřili před terapií (Jacobson a Traux, 1991). Hranici A používáme, když neznáme normy normální populace (Timul'ák, 2005).

$$\text{Hranice B} = M_{\text{nonclin}} - 2SD_{\text{nonclin}}.$$

Pacientův stav je považován za klinicky zlepšený, pokud se skóre pacienta dostane za hranici B, a je tedy v intervalu dvou směrodatných odchylek od průměru normální populace. Hranici B využijeme v případě, že známe distribuci pro normální populaci (Timul'ák, 2005).

$$\text{Hranice C} = (SD_0 * M_1 + SD_1 * M_0) / (SD_0 + SD_1)$$

Hranicí C je vážený střed mezi průměry klinické a normální populace. M_1 označuje průměr klinické populace, M_0 průměr normální populace a SD příslušné standardní odchylky. Stav klienta je považován za klinicky zlepšený, pokud se přesune za tuto hranici a blíží se tak spíše průměru normální populace než průměru klinické populace. Hranici C používáme v případě, že známe distribuci obou populací a ty se překrývají (Timul'ák, 2005).

Vysvětlivky: Body a, b, c znázorňují tři různě určené hranice, při jejichž překonání dochází ke klinicky významné změně. Body X_1 a X_2 jsou výsledky před a po terapii hypotetického jedince ve skupině.

Díky statistické významnosti víme, zda změna není dána pouhou chybou měření. Klinická významnost pak udává, jak velký posun nastal na ose mezi klinickou a normální populací. Jacobson a Traux (1991) navrhují spojení těchto dvou významností do tzv. dvoustupňového hodnocení terapeutické změny. V Tabulce 2 můžeme vidět jejich návrh rozřazení pacientů do pěti skupin podle míry statistické a klinické změny: klinicky zhoršen, zhoršen, nezměněn, zlepšen, klinicky zlepšen.

Tabulka 2: Dvoustupňové hodnocení terapeutické změny

Statistická spolehlivost	Překročil klinické kritérium	Označení skupiny
Ano ($RCI < -1,96$)	Ano ($X_1 < X_2 - 2SD$)	Klinicky zhoršen
Ano ($RCI < -1,96$)	Ne ($X_2 < C$)	Zhoršen
Ne ($RCI \in < -1,96; +1,96 >$)	Ne ($X_2 < C$)	Nezměněn
Ano ($RCI > 1,96$)	Ne ($X_2 < C$)	Zlepšen
Ano ($RCI > 1,96$)	Ano ($X_2 > C$)	Klinicky zlepšen

Zdroj: Jacobson a Traux, 1991

Vysvětlivky: RCI označuje index spolehlivé změny, X_1 označuje hodnotu měření před terapií, X_2 označuje hodnotu měření po terapii, C označuje hranici C , která je středem mezi průměry klinické a normální populace.

2.3 Zdroje a nástroje měření efektu psychoterapie

Velikost naměřené změny výrazně ovlivňuje (a) to, z jakého zdroje budeme data čerpat a (b) jaký nástroj měření použijeme. Timulák (2005) za možné zdroje měření považuje (a) klienta, (b) terapeuta, (c) externího experta, (d) signifikantního druhého a (e) behaviorální, fyziologické nástroje a další objektivní zdroje. Nejpoužívanější nástroje měření uvádíme u jednotlivých zdrojů měření.

2.3.1 Klient

Nejjednodušší způsob zjišťování terapeutické změny je tázání se přímo klienta. Používáme k tomu sebesposuzovací škály a dotazníky nebo strukturovaný rozhovor. Dotazníky a sebesposuzovací škály, jež se k měření efektu psychoterapie, dále dělíme na (a) osobnostní (např. Minnesota Multiphasic Personal Inventory 2), (b) na symptomy orientované škály (např. Symptom Check-90-Revised), (c) dotazníky hodnotící konstrukty související s duševním zdravím (např.: Rosenbergův dotazník sebeúcty), (d) dotazníky zjišťující kvalitu sociálního fungování a interpersonálních vztahů (např. Dotazník interpersonálních problémů), (e) sebesposuzovací metody hodnotící idiosynkratické problémy pacienta (např. Škála individuálních příznaků), (f) dotazníkové sebesposuzovací metody vyvinuté speciálně pro měření efektu

psychoterapie (např. Dotazník výsledku, Klinický výsledek v rutinní evaluaci), (g) kvalitativní metody zjišťování změn vlivem terapie (např. strukturovaný rozhovor klientovy změny), (h) dotazníky zjišťující spokojenost klientů s terapií (Timulák, 2005).

2.3.2 Terapeut

Pokud je zdrojem dat o efektu psychoterapie terapeut, je nutné mít na zřeteli, že je v terapii zainteresován a proto je nezbytné, aby nebyl jediným hodnotitelem (Lilienfeld, 2014).

2.3.3 Expertní pozorovatel

Externí odborníci využívají nejčastěji při hodnocení efektu psychoterapie posuzovací škálu (např. Hamiltonova posuzovací škála deprese). Experti nejsou informováni o tom, jestli daný pacient absolvoval terapii či nikoliv, aby touto informací nebyli ovlivněni (Hořejš, 2007).

2.3.4 Signifikantní druzí

Signifikantními druhými bývají nejčastěji rodiče a učitelé. Ti hodnotí efekt terapie dětí a mládeže například prostřednictvím Seznamu dětských symptomů (Achenbach, 1995) nebo Dotazníku výsledku pro mládež (Burlingam, Wells, Lambert). V partnerské terapii jsou signifikantními druhými pro sebe navzájem partneři, když hodnotí dimenze svého vztahu například prostřednictvím Barrett-Lennardova dotazníku vztahu (Kratochvíl, 2009).

2.3.5 Behaviorální a fyziologické a další objektivní zdroje

Těmito ukazateli je myšlena například frekvence a čas vycházek mimo dům při terapii agorafobie, index tělesné hmotnosti (Body Mass Index, BMI) při terapii poruch příjmu potravy, nebo přítomnost návykových látek v krvi při terapiích závislostí. Obecně je možné říci, že tyto nástroje jsou oblíbené při ověřování efektu kognitivně-behaviorální terapie (Praško, Možný, Šlepecký, 2007). Dalším objektivním zdrojem je například počet rozvodů, počet sebevražd, počet odsouzení u delikventních adolescentů či počet dní v pracovní neschopnosti (Vybíral, Roubal a kol. 2010).

2.4 Vztah zdroje a nástroje měření s mírou efektu

Lambert a Hill (1994) zkoumali vztah zdroje a nástroje měření s mírou efektu a došli k následujícím závěrům:

- Terapeut nebo expertní pozorovatel zaznamenávají vyšší míru efektu než klient,
- fyziologická a behaviorální měření registrují nižší míru efektu než měření, kde je zdrojem dat člověk,
- v laboratorních podmínkách je zaznamenávána vyšší míra efektu než v přirozených podmínkách,
- měření bezprostředně po skončení terapie vykazuje vyšší míru efektu než měření po delším časovém úseku,
- měření specifickými nástroji, které se zaměřují na konkrétní cíle terapie, zaznamenávají vyšší míru efektu, než běžně používané, nespecifické nástroje měření.

2.5 Doporučení pro výzkum efektu psychoterapie

Garfield a Bergin (1978) nabádají výzkumníky k co možná největší komplexitě měření. Jejich doporučení stran měření efektu psychoterapie shrnujeme do následujících pěti bodů:

1. Data o změně získáme z více nástrojů měření

Jako příklad nám poslouží měření efektu psychoterapie, jejímž cílem je snížit strach. Strach můžeme měřit na úrovni chování (snížení fyzického vyhýbání se obávanému objektu) nebo na úrovni prožívání (snížení subjektivního prožívání strachu). Výzkumy ukazují, že tyto dvě složky mohou zůstat na sobě do velké míry nezávislé; chování se změní, avšak prožívání strachu zůstává beze změny a naopak. Z tohoto důvodu je potřeba data získávat z více nástrojů, aby zachycená změna byla co nejkomplexnější.

2. Data o změně získáme z více zdrojů

V ideálním případě by se do hodnocení změny měly zapojit všechny zdroje; tedy klient, terapeut, signifikantní druhý, expertní pozorovatel i zdroj behaviorálních či fyziologických dat.

3. Pozornost musí být věnována chybám měření

Faktorová analýza provedena Garfieldem a Berginem (1978) ukázala, že hlavními faktory v měření efektu psychoterapie zůstávají nežádoucí proměnné. Výzkumníci tedy musí věnovat pozornost chybám měření.

4. Měřit se musí i pacientovy hodnoty a metakognice

Terapií se mění nejen viditelné chování, nýbrž i hodnoty klienta a jeho uvažování o nich. Měření by se tedy mělo pokusit zachytit nejen změny v hodnotách klienta nýbrž i v jeho metakognici a odpovědět na otázku, jak se změnila jeho schopnost sebereflexe.

5. Nástroje měření musí být přizpůsobeny cíli terapie

Neméně důležité je přizpůsobovat nástroje měření cílům terapie, neboť výzkumy ukazují, že příliš obecné dotazníky odrážejí chování méně, než dotazníky obsahující specifický seznam problémů a symptomů. Garfield a Bergin (1978, s. 43 dle Blažková, 2011) toto doporučení sarkasticky komentují takto: „*Dává podobný smysl používat základní baterii testů na hodnocení efektu psychoterapie, jako zjišťovat schopnost číst po léčbě sexuálních dysfunkcí.*“

2.6 Výzkumné plány

Výzkumné plány, které využíváme k měření efektu psychoterapie, dělíme dle Timul'áka (2005) do dvou základních skupin na (a) znáhodňované klinické zkoušky a (b) alternativy znáhodňovaných klinických zkoušek. Alternativy znáhodňovaných klinických zkoušek dále dělíme na (a) případové experimentální studie, (b) kvantitativní deskriptivní studie, (c) intenzivní případové studie, (d) zkoušky založené na preferenci pacientů, (e) naturalistické studie a (f) kvalitativní zkoumání efektu psychoterapie.

2.6.1 Znáhodňované klinické zkoušky

Znáhodňovaná klinická zkouška (randomized clinical trial, RCT) je druh vědeckého experimentu, kdy náhodným rozdělením pacientů do experimentální a kontrolní skupiny zajišťujeme to, že se mezi sebou tyto dvě skupiny liší pouze v tom, zda je jim poskytnuta terapie. Pak tedy můžeme změnu v závislé proměnné (např. stav klienta) připsat nezávislé proměnné (psychoterapii). RCT je tedy nejvhodnějším výzkumným plánem pro zjišťování kauzality mezi závislou a nezávislou proměnnou (Disman, 2000).

Zatímco ve farmaceutických výzkumech je kontrolní skupině místo léku podáváno placebo, ve výzkumu psychoterapie kontrolní skupina na léčbu pouze čeká anebo je jí poskytována pouze podpůrná terapie. Podpůrná terapie nabízí klientovi pouze obecné psychologické faktory, jakými jsou například porozumění a podpora. Experimentální skupině je terapie poskytována podle manuálu, aby byly sjednoceny proměnné i na straně terapeutů.

Výhodou RCT je vysoká vnitřní validita a limitem nízká vnější validita, neboť terapie v rámci výzkumu probíhá jinak než v každodenní psychoterapeutické praxi. Důvody jsou následující: (a) terapie ve výzkumu je poskytována podle manuálu a to výrazně ovlivňuje účinnost terapie, neboť ten neumožňuje terapeutovi reagovat spontánně na potřeby klienta, (b) do výzkumného vzorku jsou vybíráni pacienti trpící pouze jednou nemocí/poruchou/obtížemi, (c) do vzorku jsou zařazováni pouze pacienti bez znevýhodňující socioekonomické charakteristiky. V reálné praxi se však terapeut potýká s komoditou diagnóz a také s pacienty s nízkým sociálním statusem (Vybíral, Roubal a kol. 2010).

2.6.2 Alternativy znáhodňovaných klinických zkoušek

Kromě RCT existují ještě další výzkumné plány, jež výzkumníci volí především při vývoji a hledání nových terapeutických technik. Patří sem případové experimentální studie, které sledují jednoho klienta po delší čas a to při intervenci, mezi intervencemi a v období po ní. Případové deskriptivní kvantitativní studie sledují reakce pacienta na terapeutické intervence (např. frekvence mytí rukou u obsedantně kompulzivní poruchy). Intenzivní případové studie zkoumají psychoterapeutický proces pomocí kvalitativních metod více do hloubky. Zpravidla se pro to využívá hloubkový polostrukturovaný

rozhovor, který přináší bohatší údaje o přínosu psychoterapie v klientově životě (Hořejš, 2007). Dalším typem výzkumného designu jsou naturalistické studie. Ty jsou prováděny v přirozených podmínkách a zjišťují efekt konkrétní formy terapie v běžné praxi. Na rozdíl od RCT, při naturalistické studii terapie není vedena podle manuálu a vzorek pacientů není náhodně rozdělen do kontrolní a experimentální skupiny. To ale znamená, že pokud výzkum porovnává více postupů, není zde kontrolován problém sebeselekce: někteří pacienti totiž upřednostňují určitý typ terapie či terapeutů nebo jsou v rámci zdravotnického systému posíláni k dostupným terapeutům (Timul'ák, 2005). Naturalistické studie tak mají zcela opačné výhody a nevýhody než RCT (Hořejš, 2007). Kvalitativní zkoumání efektu psychoterapie využívá převážně hloubkový rozhovor, který klientovi umožňuje volně povyprávět o všem, co se mu v rámci terapie jevílo jako důležité.

Britské ministerstvo zdravotnictví vydalo v roce 2001 dokument obsahující doporučení ohledně volby terapie podle typu výzkumu, kterým je efekt dané terapie prokázán (viz Tabulka 1).

Tabulka 1: Kategorie evidence a síla doporučení na jejich základě

Kategorie evidence	
Ia	Evidence z metaanalýz znárodňovaných klinických zkoušek
Ib	Evidence z nejméně jedné znárodňované klinické zkoušky
IIa	Evidence z minimálně jedné kontrolované studie bez znárodňování
IIb	Evidence z nejméně jednoho typu kvaziexperimentálního výzkumu
III	Evidence z deskriptivních studií, jako například porovnávací studie, korelační studie a kontrolované případové studie
IV	Evidence ze zpráv expertních výborů nebo klinická zkušenost respektovaných autorit
Síla doporučení	
A	Na základě evidence I.
B	Na základě evidence II nebo extrapolací kategorie I.
C	Na základě evidence III nebo extrapolací kategorie II.
D	Na základě evidence IV nebo extrapolací kategorie III.

Zdroj: Timul'ák, 2005, s. 112.

2.7 Metaanalýzy a přehledové studie

2.7.1 Metaanalýza

Metaanalýza je kvantitativní výzkumný postup, umožňující shrnout a porovnat neomezené množství vzájemně nezávislých výzkumů v určité oblasti. Kvalitně provedená metaanalýza má vyšší stupeň věrohodnosti než jednotlivé výzkumy, neboť spojuje vhodným způsobem data z velkého množství pokusných subjektů převedením výsledků na srovnatelné veličiny. V našem případě to je míra účinnosti, jež je závisle proměnnou ve vztahu ke znakům výzkumu, charakteristikám pacienta, způsobu psychologické intervence apod. (Disman, 2000, Vymětal, 2004).

V rámci výzkumu efektu psychoterapie rozlišujeme dva druhy: (a) metaanalýza sledující efekt psychoterapie a (b) metaanalýza sledující kovariaci sledované proměnné s efektem psychoterapie (Timul'ák, 2005).

Specifické aspekty metaanalýzy, s nimiž se výzkumníci potýkají při její tvorbě, můžeme rozdělit do následujících pěti bodů (Durlak, Lipsey, 1991).

1. Formulace výzkumného problému

Výzkumníci musí jednoznačně stanovit jasná kritéria pro to, co je metaanalyzováno.

2. Přehled literatury

Zahrnutí veškeré dostupné literatury – to je základní prvek metaanalytického zpracování. Tím se totiž zabrání selektivnímu výběru autora.

3. Kódování

Kódování výzkumů spočívá v posuzování typu zkoumané terapie, metodologickou kvalitu, typ použitých nástrojů, datum publikace studie, formu publikace, teoretickou orientaci výzkumníka, diagnózu klientů, způsob získávání klientů, způsob přiřazení do porovnávaných skupin, počet klientů, kteří ukončili terapii předčasně, místo konání terapie, délka terapie, charakteristiky terapeutů apod.

4. Index míry efektu

Výzkumníci musejí brát v úvahu způsob výpočtu míry efektu a jeho kontextu.

5. Statistická analýza

V rámci statistické analýzy výzkumníci řeší krom výběru adekvátního statistického testu také problém rozdílného počtu pacientů v různých výzkumech. Míra efektu se proto musí vážit, aby byl počet pacientů v konkrétní studii zohledněný ve váze míry efektu této studie v konečném zprůměrování měr efektu. Dále se výzkumníci potýkají s větším počtem nástrojů měření efektu v každé ze studií. Tyto míry efektu nejsou navzájem nezávislé, pokud pocházejí z téže studie a proto je potřeba je zprůměrovat.

2.7.2 Přehledové studie

Cílem přehledových studií je podat shrnutí zaznamenávající všechny relevantní výzkumné práce. Zvláštním druhem přehledových studií jsou tzv. systematické přehledové studie, které mají předem stanovené výzkumné otázky a v nichž nezávislí posuzovatelé třídí data podle předem stanovených kritérií identifikování studií a kritérií hodnocení studií. Někdy používají krom narativní analýzy i kombinovaný postup s využitím metaanalýzy (Disman, 2000).

Zvláštním druhem studie je Box Count postup, který spočívá v prostém rozdělování výzkumů do „krabiček“ podle toho, zda jsou dosažené výsledky významně pozitivní, významně negativní či nevýznamné (Vymětal, 2004).

2.8 Výzkum efektu psychoterapie a terapeutická praxe

Výzkum efektu psychoterapie má hlavní cíl; poskytovat informace terapeutům a tak ovlivňovat praxi. Je otázkou, zda se tento cíl daří naplňovat. Morrow- Bradley a Elliott (1986) provedli průzkum mezi členy Americké Psychologické Asociace (APA), z něhož vyplynulo, že pouze 4% terapeutů hodnotila výzkumnou literaturu jako nejužitečnější zdroj poznatků pro praxi, 48% terapeutů považovalo za nejhodnotnější zdroj poznatků dlouhodobé zkušenosti s klienty, 10% teoretickou literaturu a 8% jejich vlastní zkušenost s klienty. 66%-77% členů APA pak souhlasilo s následujícími pěti výroky:

- Výzkum, který bere veškeré terapeuty a všechny jejich reakce jako neměnní se, zakrývá podstatné rozdíly,
- praktické, relevantní a vědecky podložené nástroje měření psychologické změny vlivem terapie jsou často nedostupné,
- studie, které byly připraveny tak, aby se snažily zahrnovat komplexnost psychoterapie, jsou viděny zřídka,
- výzkumníci často ignorují podstatné proměnné ve snaze uskutečnit zkoumání psychoterapie zvládnutelnějším,
- výzkumníci se často zaměřují na specifické techniky a přitom opomíjejí důležitost vztahu mezi terapeutem a klientem.

Z uvedeného vyplývá, že terapeuti v praxi vnímají výzkum jako zjednodušující a nepříliš užitečný. Dalším důvodem pro ostražitost je zjištění, že výsledky efektu psychoterapie nevyhnutelně podléhají politickým tlakům (např. farmaceutických firem) a vlastním přesvědčením výzkumníků. Luborsky a kol. (cit. dle Zatloukal, 2010) ve své metaanalýze 29 výzkumů psychoterapie deprese zjistil, že příslušnost výzkumníka k psychoterapeutické škole ovlivňuje naměřený efekt ze 75%. Westen a jeho kolegové (2004) se domnívají, že je vliv výzkumníkovy přesvědčení ještě vyšší a odhadují jej na 90%. Tento fenomén, označován též jako efekt experimentátora, Lilienfeld (2014) popisuje jako více či méně vědomovou tendenci výzkumníka „nacházet“ výsledky, které podporují jeho vlastní přesvědčení a očekávání. Ke stejným závěrům došel i výzkumný tým Robinsona, Bermana a Niemayera (cit. dle Blažkové, 2011).

Z výzkumu Morrow-Bradleyho, Elliotta (1986) dále vyplývá, že terapeuti oceňují spíše výsledky procesu terapie více než studie zjišťující její efekt.

2.9 Výsledky výzkumů efektu psychoterapie

Smith a Glass (1977) provedli metaanalýzu 375 výzkumů celkem s přibližně 25 000 pacienty v experimentálních či kontrolních skupinách. Výsledky, k nimž dospěli, lze shrnout takto: (a) průměrný jedinec, který podstoupil psychoterapii, na tom byl lépe než 75% jedinců neléčených, (b) největší efekt psychoterapie byl naměřen u redukce

úzkosti, kdy průměrný léčený jedinec byl na tom lépe než 83% jedinců neléčených a (c) nejnižší dopad měla terapie na výkon ve škole nebo v práci.

Podle Michaela Lamberta (2001), předního výzkumníka efektu psychoterapie, ukázalo posledních 100 let psychoterapeutického výzkumu toto: (a) psychoterapie je účinná; průměrně 75% lidí mělo z psychoterapie alespoň částečný užitek, (b) efekt psychoterapie je v průměru dvakrát větší než efekt placebo a čtyřikrát větší než žádná léčba, (c) metodologie výzkumu psychologie je rigorózní a výsledky výzkumu efektu psychoterapie tedy relevantní, (d) výsledky psychoterapie přetrvávají; efekt psychoterapie lze vidět i s odstupem času navzdory tomu, že s časem přibývá relapsů, (e) psychoterapie je efektivní; po 10 sezeních se vyléčí třetina pacientů, po 20 sezeních polovina a po 55 sezeních 75%, 25% nemá z terapie užitek, (f) psychoterapie vede nejen ke zlepšení, nýbrž i ke zhoršení: stav 5-10% pacientů se v terapii zhorší.

2.10 Vztah vybraných proměnných a efektu psychoterapie

Podle Lamberta (2007) se na změně v pacientově stavu podílejí tyto faktory; ze 40% mimoterapeutické faktory, ze 30% sdílené terapeutické faktory (např. empatie, vstřícnost, akceptování, povzbuzování), z 15% očekávání, že psychoterapie pomůže (tzv. placebo efekt) a z 15% použité techniky.

My se dále budeme zabývat proměnnými, kterým se nejvíce věnují výzkumy. Jsou jimi následující: (a) psychoterapeutický směr, (b) charakteristiky terapeuta, (c) charakteristiky klienta a (d) počet sezení psychoterapie.

2.10.1 Vztah psychoterapeutického směru a efektu psychoterapie

„Jaká terapie je nejúčinnější?“ Na tuto otázku začali výzkumníci hledat odpověď zanedlouho potom, co byla rozsáhlou metaanalýzou Smithe a Glasse (1977) obhájena celková účinnost terapie. Podle této metaanalýzy jsou nejúčinnějšími psychoterapiemi systematická senzibilizace, racionálně emoční terapie a modifikace chování.

Kratochvíl (2006) předkládá několik klasických studií ze 70. - 90. let 20. století. Tým Elkinové zkoumal 250 klientů a srovnával KBT, interpersonální léčbu a obvyklou psychiatrickou léčbu s antidepresivy a s placebem. Závěry výzkumu mluví o stejné účinnosti všech terapií a poukazují na význam společných terapeutických faktorů. Di Loreto dále srovnával terapii podle Rogerse, metodu systematické desenzibilizace a

Ellisovu Racionálně emoční terapii. Desensibilizace byla mírně účinnější než ostatní terapie. Kratochvíl (2006) z těchto i dalších předložených výzkumů činí ten závěr, že byla prokázána účinnost všech zkoumaných terapií s mírným náskokem KBT.

Robinson, Berman a Niemayer (cit. dle Blažkové, 2011) srovnávali 58 výzkumů efektu psychoterapie u deprese různých terapeutických škol. Tato výzkumná skupina dospěla k závěru, že terapie založené na akci (např. kognitivní, behaviorální a kognitivně-behaviorální terapie) mírně překonaly verbální terapie (např. interpersonální terapii, psychoanalýzu). Přezkoumání této metaanalýzy ovšem ukázalo silnou závislost výsledků na tom, jakou terapii preferoval sám výzkumník. Jakmile byla tato proměnná vyloučena, statisticky významné rozdíly mezi terapiemi zmizely.

Wampold (1997) v metaanalýze testoval následující hypotézy: (a) terapie s podobným teoretickým základem budou při srovnání vykazovat menší rozdíl v míře efektu a (b) čím novější výzkum, a tedy lepší nástroj měření, tím větší rozdíly v naměřeném efektu mezi terapiemi budou zaznamenány. Výsledky výzkumu nepotvrzují ani jednu z hypotéz. Rozdíl míry efektu mezi terapiemi je, v porovnání s mírou efektu experimentální a placebo skupiny, velmi nízký.

Westen a kol. (2004) provedli metaanalýzu efektu psychoterapií u (a) depresí (b) panické poruchy (c) generalizované úzkostné poruchy a (d) mentální bulimie. Z jejich výsledků vyplývá, že terapie jsou celkově stejně účinné. Proměnná, jež hraje podle Westena a kol. (2004) nejpodstatnější roli v naměřeném efektu psychoterapie, je typ diagnózy. Zatímco míra efektu psychoterapie deprese je velmi nízká, u generalizované úzkostné poruchy a panických poruch naopak velmi vysoká. Naopak Wampold a Brown (2006) při zpracování dat od 6000 pacientů Wampolda a Browna (2006) dospěli k názoru, že pouze 1% rozptylu výsledků je možno vysvětlit příslušností k diagnostické skupině.

Efekt ptáka Dodo

Efekt ptáka Dodo označuje zjištění z mnohých výzkumů, že účinek psychoterapií různých psychoterapeutických směrů je stejný. S trochou nadsázky řečeno je vlastně jedno, co použijeme, neboť vždy dojde k žádoucímu efektu. Tuto domněnku vyslovil americký psycholog Saul Rosenzweig již v roce 1936. Pták Dodo pořádá v pohádce *Alenka v říši divů* závod, který musí vyhrát všichni (Hořejš, 2007). Výherci závodu jsou zde terapie založené na důkazech, kterými se budeme zabývat níže. Vymětal (2004) však

efekt ptáka Dodo považuje za dnes již překonaný. Vznikl jednak málo jemnými diagnostickými metodami, statistickým zpracováním a také tím, že výzkumníci nedávali do vztahu efekt psychoterapie s psychoterapeutickým procesem. Vymětal (2004) považuje za prokázaný nejen efekt terapie, nýbrž i to, že jednotlivé postupy působí diferencovaně a specificky.

Empiricky podložené psychoterapie (EST)

„Jestli má klinická psychologie přežít v konkurenci psychiatrie, musí APA zdůraznit sílu toho, co nabízí – psychoterapii s prokázaným efektem“ (APA, 1995, s. 3). Tuto zprávu vydala komise Americké psychologické asociace (APA) v roce 1995. Cílem komise bylo vybrat terapie, které by mohly projít stejnou prověrkou, jakou jsou testovány léky. Federální komise pro léky požaduje, aby byla identifikována: (a) účinná složka léku, která je účinnější než placebo a (b) skupina pacientů, pro kterou je lék určen. APA vybrala 18 terapií, které dokázaly alespoň ve dvou znárodnovaných klinických zkouškách, že je jejich efekt je vyšší než placebo, léky, nebo zavedená terapie. Vznikl tak seznam tzv. empiricky podložených psychoterapií (*empirically supported therapy* – EST), který se neustále rozšiřuje.

Tabulka 2: Ukázky terapií v seznamu EST z roku 1998 (Vybíral, Roubal a kol., 2010)

Indikace	Psychoterapie
Úzkost a stres	KBT pro panickou poruchu s agorafóbií nebo bez ní
	KBT pro generalizovanou úzkostnou poruchu
	Skupinová behaviorální terapie pro sociální fóbii
	Léčba expozicí u agorafobie
	Léčba expozicí u sociální fobie
	Expozice a prevence rituálů při obsesivně-kompulzivní poruše
	Trénink zvýšení odolnosti vůči stresu
	Systematická desenzibilizace pro jednoduché fobie
Deprese	Kognitivní terapie deprese
	Interpersonální terapie deprese
	Krátká dynamická terapie
	Psychoedukační léčba

	Terapie sebekontrolou
Zneužívání chemických látek a závislosti	Behaviorální terapie pro kokainovou závislost
	Krátká dynamická terapie pro opiátovou závislost
	Kognitivní terapie pro opiátovou závislost
Manželské neshody	Na emoce zaměřená párová terapie
	Na vhléd orientovaná manželská terapie
	Behaviorální manželská terapie
Sexuální dysfunkce	Behaviorální terapie pro ženskou orgasmickou dysfunkci a mužskou erektilní dysfunkci

2.10.2 Vztah charakteristik terapeuta a efektu psychoterapie

Proměnné spojené s terapeutem jsou prozkoumány mnohem méně než srovnávání psychoterapeutických směrů, ačkoliv praxe naznačuje, že charakteristiky terapeuta mají na efekt terapie značný vliv. I výzkum znárodnovaných kontrolovaných studií dospěl k závěru, že výrazně více variability ve výsledcích efektu psychoterapie je vysvětlitelných faktorem terapeuta než psychoterapeutickou školou (Wampold, Ahn, Coleman, 2001).

Cooper (2008) došel ve svých výzkumech k následujícím zjištěním (a) nejsilnějším prediktorem pro úspěšnou terapii je schopnost terapeuta navázat s pacientem pevný a kvalitní vztah (b) souvislost mezi osobnostními rysy terapeuta a zlepšením pacienta nebyla prokázána (c) čím vyšší úroveň psychické pohody terapeuta, tím dosahuje lepších výsledků (d) vzdělávání terapeutů (např. výcvik, supervize, praxe) má na terapeutické výsledky slabý vliv.

Paterson (1989, cit. dle Blažková, 2011) prosazoval čtyři společné faktory, které by měl terapeut splňovat napříč terapeutickými směry: (a) empatické porozumění a empatické vyjadřování tohoto porozumění, (b) vřelost a respekt, (c) citlivost, (d) konkrétnost.

Wampold a Brown (2006) došli ve své rozsáhlé studii k závěru, že pouze 8% rozptylu dat efektu psychoterapie je možno vysvětlit vlivem terapeuta.

Švédský výzkumník Sandell (2000) dospěl k závěru, že největší vliv na výsledek terapie mělo pohlaví a věk terapeuta. Úspěšnější byly starší terapeutky s delší soukromou praxí.

Rozsáhlé výzkumy s 1841 pacienty a 90 terapeuty provedl Okiishi a kol. (2003, 2006). Podle výsledků výzkumníků někteří terapeuti dosahovali pozitivní změny desetkrát rychleji, než průměrný terapeut. Rychlejší výsledky jsou podle všeho spojeny se schopností terapeutů nabídnout jak podporu tak ale i direktivní radu. Naopak horší výsledky než průměrný terapeut měli terapeuti používající agresivní a konfrontační techniky.

2.10.3 Vztah charakteristik pacienta a efektu psychoterapie

Mnoho terapeutů vnímá své jednání v terapii jako hlavní faktor rozhodující o terapeutické změně. Výsledky výzkumů ovšem poukazují na skutečnost, že jsou to proměnné spojené s klientem, které mají na změnu v terapii větší vliv (Blažková, 2011).

Nejlepších výsledků dosahují motivovaní a angažovaní klienti s realistickým očekáváním od terapie. Tedy ti, kteří si uvědomují, že terapie může být leckdy náročná, vědí, proč terapii podstupují a jaké výsledky od ní můžou očekávat. Výzkumy ukazují, že lepších terapeutických výsledků obecně dosahují klienti, kteří nemají diagnostikovanou poruchu osobnosti, mají vytvořený bezpečný attachment (přimknutí) a dobře fungují v interpersonálních vztazích. Dále ti pacienti, kteří nejsou perfekcionista, umějí psychologicky uvažovat a mají dobrou sociální podporu. Vliv pohlaví, věku, sexuální preference, rasy nebo sociální třídy na úspěch v terapii se nepodařil prokázat (Cooper, 2008).

2.10.4 Vztah počtu sezení a efektu psychoterapie

Výzkum vlivu „dávky“ terapie na efekt psychoterapie následuje farmaceutický model o optimální dávce léku. Eysenck (1952) dospěl ve svém výzkumu k paradoxnímu závěru, že čím více terapie, tím menší šance na uzdravení.

Výzkumy prováděné v 80. letech 20. století pak ukázaly, že klinicky podstatné změny se u pacienta dosáhne v průměru na 9. sezení a k uzdravení vede u poloviny pacientů mezi 11. -21. sezením. Podle některých psychoterapeutů je však potřeba absolvovat více než 25 sezení, chceme-li dosáhnout vyššího počtu vyléčených (Lambert,

2007). „Dávka“ terapie se velmi těžko určuje, neboť někdy dojde k náhlému zlepšení, aniž ho psychoterapeut předvídal. Zpětně se pak dohledávají intervence, jež k němu mohly přispět a pátrá se také po událostech mimo terapii (Vybíral, Roubal a kol., 2010).

Howard a kol. (1996) testovali teoretický model psychoterapie, jež předpokládá tři fáze zlepšování se pacienta v psychoterapii:

1. Remoralizace

V této fázi dochází ke zlepšení v pacientově subjektivním pocitu životní pohody (well-being).

2. Náprava

V této fázi dochází k redukci symptomů.

3. Rehabilitace

Ve fázi rehabilitace je cílem osobní rozvoj, udržování zisků z terapie a prevence relapsů.

Teorii výzkumníci testovali na vzorku 400 pacientů v psychodynamické terapii. Pacienti se skutečně zlepšovali postupně v oblastech podle teorie: největší změna v subjektivní pohodě byla zaznamenána po 2. sezení, po 17. sezení se snížila úroveň symptomů.

Kopta a kol. (1994) sledovali zlepšování v terapii 854 pacientů, u nichž dominovali úzkostné poruchy a poruchy nálady. Ve výzkumu si kladli otázku, kolik sezení je potřeba, aby 50% pacientů dosáhlo klinicky signifikantního zlepšení průměrně pro akutní a chronické typy symptomů. Pro akutní to bylo 5 sezení, pro chronické 14. Autoři dále zjistili, že bylo potřeba 11 sezení, aby se 50% pacientů signifikantně zbavilo nejčastějších symptomů a 58 sezení k tomu, aby se signifikantně zlepšilo 75% pacientů.

Lambert (2001) navázali na výzkum Kopty a kolektivu a sesbírali data o 6000 pacientech po celých Spojených státech a došli k závěru, že 21 sezení je třeba k dosažení klinicky signifikantní změny u 50% pacientů a 45 sezení k tomu, aby toho dosáhlo 75% pacientů.

Howard a kol. (1996) vytvořili na základě 18 proměnných na začátku léčby (např. závažnost problémů, chronicita problémů, postoje k léčbě...) model, jak by se měl

vyvíjet pacientův stav. 50-70% výsledných změn v psychoterapii je odvozena od změn, ke kterým dojde hned v úvodní části terapie. Principe a kol. (2006) k tomu dodává, že velmi důležitých je prvních 5 sezení, přičemž klíčová jsou 1. a 3., resp. první 3-4 týdny léčby.

3. Návrh výzkumu

Návrh výzkumu této bakalářské práce přímo navazuje na teoretickou část, v níž jsme se zabývali metodologií výzkumu efektu psychoterapie a jeho výsledky.

3.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem našeho výzkumu je zjistit, zdali je sedmitýdenní pobyt v Denním sanatoriu Horní Palata účinný. Provádět výzkum v tomto zařízení jsme se rozhodli z důvodu vstřícného přístupu vedení stacionáře, které výzkum vítá a data o pacientech dává výzkumníkům k dispozici stejně jako informace o průběhu pobytu.

Denní sanatorium Horní Palata v Praze (dále jen DS HP) nabízí dvěma skupinám klientů sedmitýdenní intenzivní program v pracovních dnech od 8:30-15:00. Program stacionáře se skládá ze setkání celé komunity a z uzavřené terapeutické skupiny pro 8-10 osob. Klienti se také každý den věnují dalším terapeutickým činnostem jako arteterapii, dramaterapii, relaxaci, fyzioterapii a ergoterapii. Klienti jsou po celou dobu pobytu v péči psychiatra, který předepisuje nebo mění medikaci. Pobyt je plně hrazen pojišťovnami (Blažková, 2011).

Efekt psychoterapie popisujeme třemi způsoby tak, jak jsou uvedeny v teoretické části této práce: (a) jako statisticky významnou změnu ve výsledcích testů (b) jako míru efektu a (c) jako klinicky významnou změnu (více viz teoretická část).

Data sebraná v DS HP nám umožňují odpovědět na tyto otázky:

1. Došlo ke statisticky významné změně ve sledovaných proměnných (viz Tabulka 4) před a po pobytu v DS HP?
2. Jaká je míra efektu sledovaných proměnných (viz Tabulka 4) před a po pobytu?
3. U kolika pacientů došlo během pobytu ve sledovaných proměnných (viz Tabulka 4) ke klinicky významné změně?
4. Závisí efekt pobytu v DS HP na demografických charakteristikách pacientů?

5. Závisí efekt pobytu v DS HP na typu diagnózy, počtu diagnóz či přítomnosti předchozí léčby či medikace?
6. Závisí efekt pobytu v DS HP na počátečním stavu pacienta?
7. Závisí efekt psychoterapie na terapeutovi, který skupinu vede?
8. V jaké z pozorovaných proměnných došlo k nejvýraznější změně?

3.2 Výzkumný plán

Náš výzkum je naturalistickou studií. Při naturalistické studii sbíráme data z terapie, jak je prováděna v praxi a její výhodou je tak vysoká externí validita. Nevýhodou je nízká interní validita, neboť nemůžeme kontrolovat všechny nežádoucí proměnné. Naše studie nemá kontrolní skupinu pacientů, kteří by pobyt v DS HP neabsolvovali, s nimiž bychom porovnávali výsledky experimentální skupinu pacientů.

3.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor činí přibližně 150 klientů DS HP, kteří zde absolvovali sedmítýdenní psychodynamicky zaměřený, terapeutický program v časovém období od ledna 2011 do června 2014. Celkově v této době proběhlo přibližně třicet sedmítýdenních pobytů pod vedením asi deseti terapeutů. Do souboru budou zahrnuti pouze ti klienti, kteří léčbu dokončili.

3.4 Sledované proměnné a nástroje jejich měření

Sledované proměnné získáme (a) z archivovaných zdravotnických karet klientů, jež byla vyplněna při úvodním vyšetření psychiatrem (viz Tabulka 3) a (b) ze tří dotazníků (Symptom Check-List-90-R, Dotazníku životní spokojenosti a MMPI-2), které byly administrovány před a po sedmítýdenním pobytu (viz Tabulka 4).

Tabulka 3: Sledované proměnné získané z karty klienta

Sledovaná proměnná	Kódování
Věk	0-99
Pohlaví	0-muž 1-žena
Dosažené vzdělání	1-ZŠ 2-SŠ bez maturity 3-SŠ s maturitou 4-VŠ
Rodinný stav	1-svobodný/svobodná 2-ženatý/vdaná 3-rozvedený/rozvedená
Předchozí léčba	0-vše co není obsaženo v „1“ 1-v posledních pěti letech absolvoval pobyt v denním stacionáři, min.15 sezení individuální terapie či min. měsíc v psychiatrické léčebně
Počet diagnóz ze skupiny diagnóz F3, F4, F6 podle MNK-10	0-žádná diagnóza 1-jedna diagnóza 2-dvě diagnózy 3-tři diagnózy 4-čtyři diagnózy
Typ diagnózy	0-bez diagnózy 1-skupina diagnóz F3 podle MKN-10 2- skupina diagnóz F4 podle MKN-10 3- skupina diagnóz F6 podle MKN-10
Medikace	0-Ne, pacient neužívá pravidelně léky na psychické obtíže 1-Ano, pacient užívá pravidelně léky na psychické obtíže
Terapeut	0-9 podle jmen

Tabulka 4: Sledované proměnné získané z dotazníků

Dotazník	Sledovaná proměnná	Zkratka proměnné
Symptom Check-List-90-R	Index závažnosti příznaků	GSI
Dotazník životní spokojenosti	Celková životní spokojenost	SUM
Minnesota Multiphasic Personal Inventory 2	Hypochondrie	Hs
	Deprese	D
	Konverzní hysterie	Hy
	Psychastenie	Pt
	Schizofrenie	Sc
	Hypománie	Ma
	Sociální introverze	Si
	Úzkost	ANX
	Obsese	OBS
	Nízká sebeúcta	LSE
	Problémy v rodině	FAM
	Poruchy pracovního výkonu	WRK
	Negativní postoje k terapii	TRT
	Úzkost	A
	Potlačení	R

Nástroji měření proměnných jsou tři dotazníky, kterými se nyní budeme věnovat podrobněji.

3.4.1 Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R)

Symptom Check-List-90-R je rozšířený sebesposuzující dotazník o 90 položkách, který zachycuje pacientovy symptomy. Respondent na pětibodové škále (0 - vůbec ne, 4 – velmi silně) označuje míru, jakou ho v posledních dnech obtěžují v dotazníku uvedené příznaky. Dotazník obsahuje devět dimenzí symptomů (somatizace, obsesivně-kompulzivní příznaky, interpersonální senzitivita, deprese, úzkost, hostilita, fobie, paranoidní myšlenky a psychoticismus).

Dotazník umožňuje určit index celkové závažnosti příznaků (GSI), se kterým budeme pracovat i v našem výzkumu.

Vnitřní konzistence dotazníku je udávána v různých výzkumech na 0,77 - 0,90. Test-retestová reliabilita po týdnu vychází v rozmezí 0,78 – 0,9, po deseti týdnech na 0,68 - 0,80 (Todd, Deane, McKenna, 1997).

3.4.2 Minnesota Multiphasic Personal Inventory 2 (MMPI-2)

MMPI-2 je sebesposuzující dotazník o 567 položkách zachycující jak osobnostní charakteristiky, tak psychické poruchy. Publikován byl v roce 1940 S. R. Hathawayem a J. C. McKinleyem a dnes patří k nerozšířenějším psychodiagnostickým metodám. MMPI-2 byl v americké verzi standardizován na vzorku 2600 osob a test-retestová reliabilita klinických škál je v intervalu mezi 0,54-0,93. U obsahových škál je to 0,77-0,91. Česká verze byla restandardizována na vzorku 650 osob (Hathaway, McKinley, 2002).

Garfield a Bergin (1978) doporučují MMPI pro měření, neboť tento nástroj opakovaně prokázal schopnost zachytit změnu vyvolanou terapií. Citlivé jsou zejména škály D, Pt, Sc a odvozené škály úzkosti (dále škály Si, K a Es, které s nimi korelují).

Škály, které sledujeme (viz Tabulka 4), byly vybrány jak podle literatury, která se zabývá měřením změny, tak podle manuálu (Hořejš, 2007, Garfield a Bergin, 1978, Hathaway, McKinley, 2002).

3.4.3 Dotazník životní spokojenosti (DŽS)

DŽS je sebesposuzující dotazník, který zkoumá životní spokojenost zaměřenou na běžné životní oblasti a vlastní osobu v následujících deseti škálách:

1. Zdraví
2. Finanční situace
3. Volný čas
4. Vlastní osoba
5. Sexualita
6. Přátelé, známí a příbuzní
7. Bydlení

8. Práce a povolání
9. Manželství a partnerství
10. Vztah k vlastním dětem

V našem výzkumu jsme sledovali tzv. celkovou životní spokojenost (SUM), kterou určujeme z 1.-7. škály (8.-10. škálu do ní nezahrnujeme, neboť se mnoha osob netýká) (Blažková, 2011).

3.5 Analýza dat

Data budeme zpracovávat prostřednictvím statistického programu SPSS Statistics (19 verze).

3.5.1 Analýza sledovaných proměnných z karty klienta

Nejprve bychom uvedli deskriptivní statistiky vzorku (např. věkový průměr pacientů, procentuální zastoupení mužů a žen, procentuální zastoupení diagnóz či farmakoterapie apod.). Poté bychom korelační analýzou (chí-kvadrátem testem nezávislosti) ověřovali, zda jsou jednotlivé údaje o klientech na sobě závislé či nezávislé. Předpokládáme, že bychom objevili vztah například mezi věkem pacientů a předchozí léčbou, vztah mezi předchozí léčbou, počtem diagnóz a medikací (Blažková, 2011, Hořejš, 2007).

3.5.2 Analýza sledovaných proměnných z dotazníků

Nejprve bychom uvedli deskriptivní statistiky všech tří dotazníků (průměr, minimum, maximum, směrodatná odchylka). Průměr skupiny bychom porovnávali s normami v manuálech dotazníků a tím zjišťovali, v jakém spektru se pohybuje průměr našeho vzorku. Předpokládáme ale, že by byl v normě pro klinickou populaci. Dále bychom porovnávali rozdíl průměrů skupiny před pobytem a po něm. T-testem pro dva nezávislé výběry bychom zjišťovali, zda existuje statisticky významný rozdíl v jednotlivých škálách mezi muži a ženami.

Statisticky významná změna

Statistickým testem, konkrétně párovým t-testem pro dva závislé výběry, budeme testovat následující nulovou hypotézu na hladině významnosti $p < 0,05$:

H_0 : Ke statisticky významné změně ve sledovaných proměnných v dotaznících u pacientů DS HP během sedmitýdenního pobytu nedošlo.

H_A : Ke statisticky významné změně ve sledovaných proměnných pacientů DS HP během sedmitýdenního pobytu došlo.

Prvním výběrem bude průměrný výsledek sledovaných proměnných z dotazníků (viz Tabulka 4) před sedmitýdenním pobytem v DS HP, druhým výběrem průměrný výsledek sledovaných proměnných po pobytu. Pokud se podaří zamítnout nulovou hypotézu, znamená to, že změna ve sledovaných proměnných před a po pobytu nebyla dána náhodným kolísáním.

Míra efektu

Jelikož jsme již z povahy naturalistické studie nemohli použít pro srovnání kontrolní skupinu, vypočítáme míru efektu (ES) srovnáním počátečního stavu a výsledků po terapii. Použijeme přitom následující vzorec, který je popsán detailněji v teoretické části:

$$ES = X_{pre} - X_{post} / S$$

V posuzování měr efektu v našem výzkumu budeme rozlišovat: malý efekt ($0,15 \leq ES \leq 0,40$), střední efekt ($0,40 < ES \leq 0,75$), velký efekt ($0,75 < ES \leq 1,10$) a obrovský efekt ($ES > 1,10$) (Blažková, 2011).

Klinicky významná změna

U SCL-90 hodnotíme pouze ukazatel GSI. Vycházíme přitom z údajů o běžné populaci ze stratifikovaného vzorku ve Spojených státech, který udává pro ženy $M = 0,36$ ($SD = 0,35$) a u mužů $M = 0,25$ ($SD = 0,24$) (Todd, Deane, McKenna, 1997). Klinická populace má tyto parametry: $M = 1,56$ ($SD = 0,61$). Pro posouzení, zda se pacient nachází v rámci SCL-90 v klinickém či normálním pásmu stanovíme hranici C,

tedy střed mezi klinickou a normální populací podle vzorce, jež je uveden v teoretické části.

U MMPI-2 máme k dispozici manuál, který obsahuje interpretaci skóre. T-skóry z testu mají $M = 50$ a $SD = 10$. Skóre nad 70, tedy nad dvě směrodatné odchyly, znamená podle manuálu patologii. Nad čtyři směrodatné odchyly jde potom o silnou patologii (Hathaway, McKinley, 2002).

U DŽS máme k dispozici parametry o populaci: $M = 256,59$ ($SD = 34,26$) (Fahrenberger, 2001). Za hodnotu, která označuje patologii, budeme považovat výsledek menší než dvě směrodatné odchyly od průměru normální populace. Získáme tak hranici $A = 187,35$. Zajímalo by nás, kolik pacientů mělo před terapií skóre v DŽS nižší než 187,35 a kolik z nich by tuto hranici po sedmitýdenním pobytu překročilo a jsou tedy klinicky vyléčení.

3.5.3 Analýza vlivů na změnu

Mnohonásobnou regresní analýzou budeme zjišťovat vliv nezávislých proměnných (např. pohlaví, věk, zdraví a medikace, terapeut...) na závislou proměnnou, tedy na změnu pacienta ve sledovaných proměnných.

3.6 Limity výzkumu

Výzkumný plán

Největším limitem našeho výzkumu je jeho design: jedná o naturalistickou studii, při níž zkoumáme proměnné v přirozených podmínkách. Pracujeme pouze s daty pacientů, kteří absolvovali pobyt v DS HP. Data od kontrolní skupiny (která pobyt neabsolvovala) nesbíráme, a tudíž nemůžeme potvrdit/vyloučit vliv regrese k průměru. Naším výzkumným plánem není experiment a z výsledku tudíž není možné vyvozovat kauzální závěry.

Výsledky výzkumu může také ovlivnit mnoho nežádoucích proměnných, kterými se nyní budeme zabývat podrobněji.

Výzkumný vzorek

Sedmitýdenní pobyt v DS HP je dobrovolný a lze předpokládat, že pacienti, kteří se do našeho výzkumného vzorku dostávají, mají jiné charakteristiky (např. jsou

motivovanější), než pacienti se stejnými základními charakteristikami (demografickými i diagnózou), kteří se k léčbě DS HP neodhodlají.

K dalšímu zkreslení výsledků může dojít tím, že do výzkumného vzorku zařazujeme pouze pacienty s kompletními výsledky, tedy ty, kteří dokončili léčbu. V DS HP na 150 pacientů připadá zhruba 20 těch, kteří léčbu z různých důvodů předčasně ukončí. Podle Lilienfelda (2014) je pro většinu těchto pacientů terapie bezcenná či přímo škodlivá a výzkumníci by se na tuto skupinu měli zaměřovat, ne ji opomíjet.

Další program v DS HP

Významnými nežádoucími proměnnými jsou další programy v DS HP. Těmi jsou krom skupinové psychoterapie ještě (a) pravidelné kontroly u psychiatra, jež předepisuje a mění medikaci, (b) doplňkové terapeutické programy (arteterapie, dramaterapie, relaxace apod.) a také (c) vytvoření komunity klientů. Náš výzkum měří v podstatě efekt celého sedmítýdenního pobytu, nejen psychoterapie. Podle Kratochvíla (2006) jsou doplňkové aktivity stacionáře přínosem a zvyšují efekt skupinové terapie.

Zdroje a nástroje měření

V souladu s doporučeními Garfielda a Bergina (1978) by bylo pro zvýšení validity výsledků dobré využít více zdrojů dat, nejen pacienta, jak je tomu v našem výzkumu. Jako zdroj bychom mohli využít terapeuta, který vede skupinu, psychiatra, jež pacienta pravidelně kontroluje nebo rodinného příslušníka. Výzkum by však byl mnohem náročnější časově, finančně i stran analýzy.

Další doporučení Garfielda a Bergina (1978) se týká použití specifických nástrojů měření. Ideální by bylo zkonstruovat takový dotazník, který by odrážel specifické cíle dynamické skupinové terapie.

Další alternativní vysvětlení změny

Lepší výsledek v dotazníku na konci pobytu může být spíše než účinkem psychoterapie dán: (a) regresí k průměru (která se projeví velmi pravděpodobně, vzhledem k tomu, že pacienti spíše vyhledají pomoc v okamžiku krize) (Kahneman, 2010), (b) touhou zavděčit se vstřícnému personálu (Vranka, 2013), (c) přání „být na tom lépe“, (d) spontánní remisí, kdy je léčivým faktorem pouze čas, (e) důležitými životními

událostmi odehrávající se mimo terapii (např. smrt blízké osoby či nalezení životního partnera) (Lilienfeld, 2014).

Opomenout ovšem nesmíme ani opačnou variantu; totiž že výsledky výstupního dotazníku jsou zkreslené strachem z návratu do normálního života.

Další výzvy

Velkým přínosem pro výzkum efektu psychoterapie v DS HP by bylo sledovat pacienty katamnesticky. Leichsering (2006) sledoval vývoj závažnosti symptomů rok po ukončení terapie (13 dynamicky orientovaných sezení) a zjistil mírný nárůst míry účinku (ES). Tento vývoj podle autora výzkumu může poukazovat na to, že si pacienti osvojili nové strategie zvládání problémů a jsou schopni je uplatňovat i v každodenních podmínkách po skončení léčby.

Závěr

V současné době není pochyb o smyslu systematického zkoumání psychoterapie. Dokladem jsou dosažené výsledky výzkumu efektu a procesu psychoterapie, které posunují oblast kupředu. Výzkumnou cestou snižujeme riziko subjektivního zkreslování při procesu poznávání, zejména pak neoprávněné a předčasné zobecňování, projekci vlastních zkušeností, kontrolujeme vliv náhody a nalézáme souvislosti, jichž bychom si jinak nepovšimli. Výzkum psychoterapie přispívá ke zvýšení kvality léčby a tím i ke zvýšení kvality života pacientů, což je cílem jakéhokoli terapeutického působení (Vymětal, 2004).

Výzkum efektu psychoterapie se se svou téměř stoletou tradicí snaží odpovědět na otázku, zda je psychoterapie účinná. Studium účinnosti se propojuje i s ostatními oblastmi; například s výzkumem procesu psychoterapie či s určováním indikace. Je tomu tak proto, že léčebný (ne)úspěch je dán jak jeho (ne)správnou indikací pro určitou terapii tak i průběhem psychoterapeutického procesu.

V současné době se považuje účinnost psychoterapie za prokázanou nejen účinnost psychoterapie, ale i to, že jednotlivé postupy působí diferencovaně a specificky.

Tato bakalářská práce si v úvodu kladla za cíl seznámit čtenáře s poznatky týkajícími se výzkumu efektu psychoterapie, se způsoby měření a hodnocení efektu psychoterapie a také s výsledky dosavadního bádání v této oblasti. Dalším cílem bylo navrhnout výzkum, jenž by navazoval na literárně přehledovou část. Výzkum se týká měření efektu sedmitýdenního pobytu v Denním sanatoriu Horní Palata, jehož hlavní součástí je psychodynamická skupinová psychoterapie. Výzkumná data byla získávána ze tří dotazníků: Symptom Checklist-90-R, Minnesota Multiphasic Personal Inventory 2 a Dotazníku životní spokojenosti. Věřím, že cíle bakalářské práce byly splněny.

Seznam použité literatury

APA (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48(1), 2–23.

Aveline, M., Strauss, B., Stiles, W. B. (2005). *Psychotherapy research*. Oxford textbook of psychotherapy. Oxford: Oxford University Press.

Blažková, M. (2011). *Výzkum efektu psychodynamické skupinové psychoterapie*. Diplomová práce. Brno: Masarykova Universita.

Cartwright, D. S. (1955). Effectiveness of psychotherapy: A critique of spontaneous recovery argument. *Journal Counseling Psychology*, 2(4), 290-296.

Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy*. Los Angeles: SAGE.

Disman, M. (2000). *Jak se tvoří sociologická znalost*. Praha: Karolinum.

Eysenck, H. J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324.

Eysenck, H. J. (1984). Meta-analysis: an abuse of research integration. *The Journal of Special Education*, 18(1), 41 – 59.

Fahrenberger, J. et al. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum, 2001.

Garfield, S. L., Bergin, A. E. (1978). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley

Grawe, K. (1997). *Research-Informed Psychotherapy*. *Psychotherapy Research*, 7(1), 1-19.

Greenhalgh, T. (2003). *Jak pracovat s vědeckou publikací*. Praha: Grada, 2003.

Hendl, J. (2004). *Přehled statistických metod zpracování dat*. Praha: Portál

- Hodoval, R. (2010). *Směry v současné psychoterapii*. Diplomová práce. Brno: Masarykova Universita.
- Hořejš, N. (2007). *Metody a výsledky výzkumu efektu psychoterapie*. Diplomová práce. Praha: Karlova Universita.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness and patient progress. *American Psychologist*, 51(10), 1059-1064.
- Jacobson, N. S., Traux, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12 -19.
- Joyce A. S. et al. (2006). Psychotherapy Research at the Start of the 21st Century. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(16), 797.
- Kahneman, D. (2010). *Rychle a pomalé myšlení*. Praha: Portál.
- Kirschenbaum, H., Jourdan, A. (2005). The Current Status of Carl Rogers and the Person-Centered Approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practise, Training*, 42 (1), 37-51.
- Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Kratochvíl, S. (2009). *Manželská a párová terapie*. Praha: Portál.
- Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L., Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (5), 1009-1016.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 159-172.
- Lambert, M. J. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1), 1-14.

- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M., & Leibing, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: Techniques, efficacy, and indications. *American Journal of Psychotherapy*, 60(3), 233-259.
- Lilienfeld, S. O. et al. (2014). Why Ineffective Psychotherapies Appear to Work: A Taxonomy of Causes of Spurious Therapeutic Effectiveness. *Perspectives on Psychological Science*, 9(4), 355-387.
- Mayou, R. A., Ehlers, A. A., Hobbs, M. M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims: Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 176, 589–593.
- Morrow-Bradley, Ch., Elliott, R. (1986). Special Issue: Psychotherapy Research. *American Psychologist*, 41(2), 188-197.
- Okiishi, J. C. et al. (2006). An analysis of therapist treatment effects: toward providing feedback of individual therapists on their clients psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157 – 1172.
- Okiishi, J. C. et al. (2003). Waiting for the superthinker: an empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10(6), 361 – 373.
- Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada.
- Principe, J. M. et al. (2006). The relationship among patient contemplation, early alliance and continuation in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 238-243.
- Smith, M. L., Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752 – 760.
- Timul'ák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton.

- Todd, D. M., Deane, F. P., McKenne, P. A. (1997). Appropriateness of SCL-90 adult and adolescent norms for outpatient and nonpatient college students. *Journal of Counseling Psychology*, 44(3), 294 – 301.
- Vranka, M. (2013). Bariéry kritického myšlení v psychoterapii. In A. Neusar, M. Charvát, M. Dolejš, D. Janečková, & R. Procházka, (Eds.). *PhD existence III: Sborník příspěvků* (s. 24-30). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vybíral, Z., Roubal, J. a kol. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (2003). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada.
- Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada.
- Wampold, B. E. et al. (1997) A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies: Empirically, “All Must Have Prizes”. *Psychological Bulletin*, 122(3), 203–215.
- Wampold, B. E., Ahn, H., Coleman, H. (2001). Medical Model as Metaphor: Old Habits Die Hard. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 268–273.
- Wampold, B. E., Brown, G. S. (2005). Estimating Variability in Outcomes Attributable to Therapists: A Naturalistic Study of Outcomes in Managed Care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914–923.
- Westen, D., Novotny C. M., Thompson-Brenner, H. (2004). The Empirical Status of ESTs: Assumption, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631-663.
- Zatloukal, L. (2010). Význam teoretického rámce při výzkumu psychoterapie z „postmoderní“ perspektivy. *E-psychologie*, 4(9), 37 – 54.